Por favor retornarlo dentro de 10 días laborables

Oficina para Niños

Programa de Cuidado de Niños en Edad Escolar
12011 Government Center Parkway, 9no Piso
Fairfax, Virginia 22035
Teléfono 703/449-8989 Fax 703/324-3919

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO/ INGRESO

Septiembre 2002 - Agosto 2003

[Se completa este formulario solamente si el empleador no provee recibos de pago]

Para recibir costos reducidos en el Programa de Cuidado de Niños en edad Escolar, los padres tienen que documentar las horas de trabajo y el ingreso. Por favor complete toda la siguiente información.

Retórnelo a la dirección anteriormente mencionada o envíelo por fax a 703-324-3919.

Padre que recibe las cuentas _____

Teléfono de la casa # _____

Teléfono del trabajo # _____

Cuenta de SACC # _____

Para ser completado por el empleador/ el que paga el sueldo:

- _____ trabaja _____ horas por semana
  (nombre de empleado)
  con el pago por hora de _____.
- Este empleado es pagado: ☐ semanalmente ☐ cada quincena (26 veces/ año)
  ☐ diariamente ☐ mensualmente ☐ semi-mensualmente (24 veces/ año)

Nombre de empleador (favor con letra de imprenta): _____

Firma del empleador: _____

Compañía u Organización: _____

Dirección: _____

Teléfono del empleador: _____

¿PREGUNTAS? LLAME A LA REGISTRACIÓN DE SACC A 703-449-8989